Chirurgische Behandlung von Stellungsanomalien.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Alexander Eichhorst,

Zahnarzt.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Breslau 1921.

Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Partsch.

In der Orthodontie sind die Ziele und Hilfsmittel noch heiß umstritten. Die Apparatbehandlung hat die chirurgische Behandlung von Stellungsanomalien vielfach stark angefeindet und als überflüssig hingestellt. Doch hat auch die chirurgische Behandlung unter gewissen Umständen noch ihre Berechtigung. Die Arbeit stellt das Für und Wider der einzelnen chirurgischen Behandlungsmethoden zusammen und behandelt die vorliegenden Fälle der Breslauer Universitäts-Zahnklinik (Direktor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. C. Partsch).

Der einfachste Eingriff ist die Extraktion. Sie kommt in Frage bei starker Neigung der Zähne zu Karies, bei Dichtstand und schlechter Dentifizierung und bei Schiefstand einzelner Zähne im gut oder schlecht dentifizierten Gebiß mit oder ohne Dichtstand. Bei Dichtstand wird meistens die sogenannte systematische Extraktion in Frage kommen (da sie nicht zum eigentlichen Thema gehört, wird sie nur kurz erwähnt). Bei Schiefstand einzelner Zähne im gut dentifizierten Gebiß wird man extrahieren können, wenn Nasenatmung besteht und die Artikulation das Wandern der Zähne ermöglicht (Partsch, Kunert). Doch wird man die 6 oberen Frontzähne und unteren Eckzähne wegen des Gesichtsausdrucks möglichst schonen, sondern, um Platz zu schaffen, die Bikuspidaten, meistens die zweiten, entfernen.

Die Ausmeißelung retinierter Zähne wird nötig sein, wenn sie eine Stellungsanomalie bedingen, d. h. wenn sie die Wurzeln der Nachbarn auseinander drängen. Partsch geht im Unterkiefer bei der Operation intraoral vom äußeren Rande aus, im Oberkiefer vom Mundvorhof oder Gaumen aus. Er öffnet die Schleimhaut mit bogenförmigem Schnitt, legt den Zahn durch Abmeißeln des Knochens frei und extrahiert ihn.

Als dritte Art wird das sogenannte Redressement forcé behandelt und durch 21 Fälle der Universitäts-Zahnklinik erläutert. Die ersten Angaben über das Redressement finden sich schon im 18. Jahrhundert bei Fauchard und Bourdet. Es kommen für das Redressement solche Zähne in Frage, die in der Zahnreihe um die horizontale und vertikale Achse gedreht sind und solche,

die nicht in der Zahnreihe, aber in der Nähe des ihnen zukommenden Platzes (Anomalien 2. Grades) stehen und durch den Biß festgehalten werden. Zum ersten Falle sind 8, zum zweiten 18 Fälle der Krankengeschichten zu rechnen. Rotationen sind nur an einwurzligen Zähnen ausgeführt worden. Für die Anomalien 2. Grades kommen am meisten — entwicklungsgeschichtlich begründet — der lat. Schneidezahn und Eckzahn des Oberkiefers in Betracht. Bei Eckzähnen kommt noch hinzu, daß sie von vornherein falsch gelagert sein können. Von den 18 Fällen 2. Grades sind 9 von seitl., 6 von mittl. Schneide-, 3 von Eckzähnen.

Die Operation ist nur ausführbar, wenn Platz für den Zahn vorhanden ist. Bei nur kleiner Differenz kann man die Kanten des Zahnes oder der Nachbarn beschleifen. Ferner muß der Zahn gut gefaßt werden können, d. h. die Zange muß sich bis zum Hals hinaufschieben lassen. Das Redressement wird am liebsten im jugendlichen Alter ausgeführt, da dann der Knochen noch nachgiebig und die Heilungstendenz groß ist, doch finden sich auch Angaben über Redressements an Patienten bis zu 49 Jahren.

Als Indikationen für das Redressement forcé sind angegeben: Jugendliches Alter, in dem die Anbringung von Apparaten schwierig ist, infolge kariöser Zerstörung oder ungenügendem Durchbruch der ersten Molaren die Schnelligkeit der Regulierung, der Unterschied in der Kostenfrage. Sofort nach der Operation ist der Zahn wieder beinahe funktionsfähig. Bei den Patienten der Klinik wurde deshalb redressiert, weil sie z. T. arm waren, z. T. auswärtig, z. T. sich gegen das Tragen von Apparaten sträubten, z. T. weil Haltepunkte für Apparate nicht vorhanden waren.

Ausführung der Operation: Die einen greifen nur den zu regulierenden Zahn an, die anderen nehmen den deckenden Knochen fort. Es folgt dann eine genaue Darstellung der Methoden der einzelnen Autoren. Zusammengefaßt ist darüber zu sagen: Die Operation wird teils unter Narkose, teils unter Lokalanästhesie ausgeführt. Von denen, die den deckenden Knochen vorher entfernen, wird z. T. das Zahnfleisch inzidiert, z. T. (Partsch) dasselbe nur mit dem Elevatorium abgehoben. Die Bewegung selbst wird von den meisten mit der Schneidezahnzange, die von manchen mit Blei oder Läppchen ausgelegt wird, gemacht. Zur Fixation werden Ligaturen aus Seide oder Draht oder Bänder (Metall, Zelluloid) verwandt. Bei den Fällen der Klinik wurde in 7 Fällen ohne Alveolotomie redressiert, bei 11 Patienten war vorher, um Platz zu schaffen, Extraktion nötig, z. T. von Milch-, z. T. von bleibenden Zähnen, in 6 Fällen war

Alveolotomie notwendig, darunter 2 mit Inzision des Zahnfleisches.

Pathologie: Nach der Operation befindet sich zwischen der alten und neuen Stellung eine Lücke, während das Knochengewebe nach der Zugrichtung zusammengepreßt ist. Durch Anlagerung neuer Knochenmassen auf der anderen Zahnseite muß ein Ausgleich des Druckunterschiedes erfolgen. Das Periodontium unterliegt nach Partsch keinen Veränderungen. Die Bewegung findet innerhalb des feinen Gerüstes spongiöser Knochenbälkchen, die sich um den Zahn herum befinden, statt. Die Pulpa ist der am meisten gefährdete Teil des Zahnes. Sie kann leicht stranguliert oder zerrissen werden, doch ist ein Absterben nur selten beobachtet worden. Ich habe festgestellt, daß bei neun Patienten mit zusammen 12 redressierten Zähnen 6 Zähne, die vor 5 bis 21 Jahren redressiert waren, noch mit der Pulpa intakt sind, eine Pulpa war tot, aber der Zahn unverfärbt, 6 Zähne sind 4—16 Jahre intakt gewesen, dann aber kariös zerstört worden. Nach Hesse haben bei abgestorbenen Pulpen die Zähne fast stets ihre alte Farbe behalten. Die Pulpa sieht weißlich gelb aus und läßt sich in toto extrahieren. Bakterien fehlen. Dem Zahn selbst geschieht bei der Operation am wenigsten. Festgestellte Wurzelkrümmungen sind Kontraindikationen. Die vielfach konstatierten Resorptionen sind an den von Partsch operierten Fällen nicht eingetreten.

Die Chirurgie behebt zusammen mit der Apparatbehandlung Stellungsanomalien beim Diastema der Inzisivi und Eröffnung der Alveole eines retinierten Zahnes zwecks Anbringung von Ankerpunkten an dem Zahn. Die Eröffnung geschieht auf dieselbe Weise, wie bei der Operation retinierter Zähne. Als Gegenankerzahn soll man einen Zahn wählen, der einen Antagonisten hat, da dieser sonst lose wird. Pfaff verzichtet auf das Anlegen des Ankerstiftes und hält nur die Alveole durch Tampons offen.

Beim Diastema muß das Lippenbändchen durchtrennt werden. Die Schwierigkeit liegt hier in der orthodontischen Weiterbehandlung. Der zwischen den Zähnen hindurchgehende Teil des Frenulum muß entfernt werden, damit er nicht weiter auf sie einwirken kann. Dies geschieht durch einfaches Durchschneiden, Ausschneiden eines Dreiecks, Ausbrennen oder Auspräparieren des Frenulum. Lubowski behandelt das Diastema zum Unterschied von vielen anderen ganz chirurgisch, indem er das Knochenstück zwischen den Zähnen entfernt und diese durch Ligatur zusammenzieht.

Es folgen dann 21 Krankengeschichten und 90 Literaturangaben.